

ANALISIS PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU TENAGA NONPROFESIONAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL (Suatu Analisis Kebijakan Program Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia)

Ristrini¹

ABSTRACT

Background: There are many mothers giving birth at home assisted by Traditional birth attendance (TBAs) in Indonesia. It was predicted as the cause of high Maternal Mortality Rate in Indonesia. To accelerate the maternal mortality rate, we need to empowered the nonprofessional health manpower (Traditional birth attendance, health cadres and family members) to provide maternal health services for the pregnant mothers to take care her from the antenatal to post natal. **Objective:** The objective of this study was conducted the knowledge, attitude and practice (KAP) of nonprofessional health manpower in the villages. **Methods:** This cross sectional study was done in 3 provinces i.e. East Java, South Kalimantan and South Sulawesi. The population of samples were nonprofessional health manpower in the village. 48 villages were chosen purposively from 12 health centers which were in 6 Districts. 2 districts were chosen purposively in each province. Total number of traditional birth attendances and health cadres and mother who giving birth during the year of 2005 were the samples of this study. The study was held for 8 months start from March 2006 to October 2006. They run in depth interviews, structural interviews, and Focus Group Discussions to collect the data and reported as descriptive analysis. **Results:** The result showed that nonprofessional health manpower had low KAP especially how to detect the high risk pregnancy and the emergency state of delivery. In many places, TBAs and midwives has already a good collaboration to take care pregnant mothers. TBAs and family members have role to prepare the equipment for giving birth and look after mother and the baby after giving birth, while midwives has role to assist the delivery and cut the umbilical cord of the baby. Although TBAs are not permitted to deliver the babies, but many of them still do it. They agree to be the assistant of midwives and refer the pregnant mother to deliver assisted by midwives but they want some compensation (money) from hers. Midwives should cooperate and ask for TBAs the help her and train the nonprofessional health manpower how to detect the risk mother.

Key words: nonprofessional, maternal health service, traditional birth attendance (TBAs)

PENDAHULUAN

Kecenderungan angka kematian ibu bersalin (AKI) dari tahun ke tahun tidak menunjukkan penurunan yang signifikan, sekalipun ada penurunan sejak 1990 tetapi ada indikasi bahwa sasaran-sasaran Indonesia sehat 2010 (AKI sebesar 150 per 100.000 KLH) dan *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 (penurunan AKI sebesar 75% dari tahun 1990) akan sulit dicapai. Salah satu penyebab masih tingginya

AKI tersebut adalah akses pada pelayanan persalinan aman dan bersih masih sangat terbatas.

Sasaran pembangunan kesehatan 2009 (RPJM-N) yang ingin dicapai Depkes adalah Umur Harapan Hidup (UHH) dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun, Angka Kematian Bayi (AKB) turun dari 35 per 1000 LH menjadi 26 per 1000 LH dan Angka Kematian Ibu menurun dari 307 per 100.000 LH menjadi 226 per 100.000 LH pada tahun 2009. Untuk itu Menkes pada

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jl. Indrapura 17 Surabaya
Korespondensi: Ristrini

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan
Jl. Indrapura 17 Surabaya
E-mail: ristrini_sby@yahoo.com

acara Pertemuan Seruan Aksi Nasional 'Tingkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat' tanggal 21 Nopember 2005 menyatakan bahwa kunci sukses dalam pembangunan kesehatan adalah komitmen politik dan memprioritaskan bidang-bidang yang strategis (ibu dan anak).

Dari gambaran tersebut tampak gap yang merupakan permasalahan dalam rangka percepatan penurunan AKI, di mana di satu pihak pemerintah telah menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas secara cukup dan tenaga kesehatan terampil di fasilitas kesehatan, sedangkan di pihak lain jumlah persalinan yang ditolong tenaga nonprofesional (dukun dan keluarga) dan dilakukan di rumah masih tinggi.

Untuk itu perlu dikembangkan peran pemberian pelayanan kesehatan maternal bagi beberapa komponen utama masyarakat, yakni tokoh masyarakat, dukun, kader, keluarga, dan ibu sendiri yang dilakukan mulai dari ibu semasa hamil, waktu persalinan, masa nifas sampai dengan bayi baru lahir. Hal tersebut juga akan merubah paradigma, yakni yang awalnya persalinan adalah masalah wanita menjadi persoalan semua pihak.

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis pengetahuan, sikap dan perilaku tenaga nonprofesional (dukun, kader dan keluarga) dalam pelayanan kesehatan maternal di desa. Pengetahuan yang meliputi perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan, sikap terhadap polindes dan bidan di desa, dan perilaku khususnya tentang peran dalam pertolongan persalinan, dan kegiatan dukun dalam pelayanan kesehatan maternal.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dan dilakukan secara 'cross sectional', yang dilakukan di 3 (tiga) provinsi secara purposive dengan kriteria AKI yang rendah, sedang dan tinggi. Enam kabupaten terpilih dalam penelitian ini, yaitu Kabupaten Bangkalan dan Kabupaten Tuban (Jawa Timur), Kabupaten Tanah Laut dan Kabupaten Banjar (Kalimantan Selatan) serta Kabupaten Barru dan Kabupaten Gowa (Sulawesi Selatan). Masing-masing Kabupaten dipilih 2 (dua) puskesmas dan masing-masing puskesmas

dipilih 4 (empat) desa. Semua dukun dan kader di desa terpilih dipakai sebagai sampel dan keluarga dari ibu yang melahirkan tahun 2005 dipilih sebagai sampel keluarga. Unit analisis dalam penelitian ini adalah tenaga nonprofesional yaitu dukun, kader dan keluarga ibu hamil. Waktu penelitian selama 8 (delapan) bulan mulai Maret sampai dengan Oktober 2006. Pengumpulan data dilakukan dengan beberapa cara, yaitu *Depth interview*, wawancara terstruktur, pencatatan data sekunder serta *Focus Group Discussion*. Analisis data dilakukan secara deskriptif di samping menggunakan analisis kualitatif (*mixed methods analysis*).

HASIL

Pengetahuan Tenaga Nonprofesional tentang Perawatan Kehamilan dan Persalinan

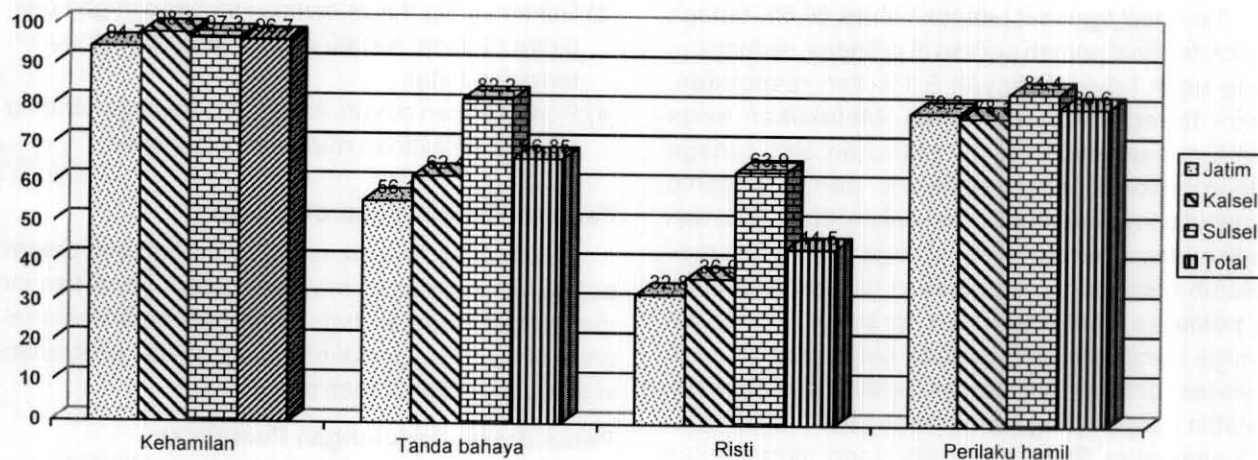
Untuk melihat pengetahuan tenaga nonprofesional, telah dilakukan uji pengetahuan melalui pertanyaan-pertanyaan untuk dijawab responden, yaitu tenaga nonprofesional yang terdiri dari kader, dukun dan keluarga. Tabel berikut menunjukkan bahwa persentase responden yang menjawab 'betul' dari pertanyaan tertulis yang diajukan.

Dari tabel tersebut tampak bahwa pengetahuan tenaga nonprofesional dalam hal keharusan periksa kehamilan cukup baik, yakni 98,7% responden menjawab benar, demikian pula pertanyaan tentang tenaga yang memeriksa kehamilan juga dijawab betul oleh 96,6% responden. Tetapi hal yang cukup menjadi perhatian kita adalah pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya ibu hamil, persiapan yang dilakukan sebelum persalinan, tanda-tanda bahaya ibu bersalin, dan kondisi ibu hamil risiko tinggi, dijawab benar oleh reponden sebanyak 54–60% saja, lebih-lebih untuk pengetahuan tentang riwayat ibu hamil risiko tinggi yang hanya mampu dijawab betul oleh 34,8% responden.

Jika indikator-indikator tersebut dikelompokkan menjadi 4 (empat), yaitu pengetahuan tentang hamil dan persalinan, pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dan persalinan, pengetahuan tentang risiko tinggi pada kehamilan dan persalinan serta perilaku ibu hamil maka dapat digambarkan sebagai berikut pada Gambar 1 berikut ini.

Tabel 1. Pengetahuan Tenaga Nonprofesional dalam Perawatan Kehamilan dan Persalinan Tahun 2006

No.	Komponen Pengetahuan tentang Kehamilan dan Persalinan	Persen Jawaban "BETUL"			Rata-rata
		Jatim	Kalsel	Sulsel	
1	Harus periksa kehamilan	100	96,7	99,4	98,7
2	Tenaga yang memeriksa kehamilan	98,3	96,7	95,0	96,6
3	Bumil perlu ditimbang berat badan	90,0	100	98,3	96,1
4	Bumil wajib minum pil besi	95	97,8	98,3	97,0
5	Bumil wajib imunisasi	93,3	100	99,3	97,5
6	Bumil perlu makanan bergizi	93,3	100	100	97,7
7	Bumil jaga kebersihan	100	100	100	100
8	Bumil istirahat berbaring 1 jam siang hari	87,6	95	88,3	90,3
9	Bumil boleh lakukan hubungan suami-istri	81	82,2	92,2	85,3
10	Bumil merokok, miras, narkoba, asap	84,6	86,7	100	90,4
11	Porsi, pantangan, nakanan selingan	72,10	65,4	61,0	66,1
12	Tanda-tanda bahaya ibu hamil	45,06	42,7	82,9	56,8
13	Tindakan bila ada tanda bahaya bumil	95	98,3	95,6	96,3
14	Persiapan yang dilakukan sebelum persalinan	44,3	53,4	69,6	55,7
15	Tanda bahaya ibu bersalin	40,0	55,3	80,5	58,6
16	Tindakan bila ada tanda bahaya bulin	100	100	96,7	98,9
17	Riwayat bumil risiko tinggi	24,8	29,2	50,6	34,8
18	Tindakan bila ada riwayat bumil dengan risiko	100	100	98,9	99,6
19	Kondisi bumil risiko tinggi	40,8	44,6	77,3	54,2
20	Tindakan bila ada kondisi risiko tinggi	100	100	100	100
Rata-rata yang menjawab 'betul'		79,26	82,20	89,19	83,53


Gambar 1. Pengetahuan Tenaga Nonprofesional tentang Kehamilan dan Persalinan

Sikap Tenaga Nonprofesional tentang Polindes dan Bidan di Desa

Untuk mengetahui sikap tenaga nonprofesional tentang polindes dan bidan di desa, beberapa pertanyaan ditanyakan pada tenaga nonprofesional tentang polindes, pernah periksa, pelayannya,

kerja sama dukun dengan bidan, pendapat tentang keterampilan bidan di desa serta biaya persalinan di polindes atau oleh bidan di desa. Tabel 2 menggambarkan pendapat dari tenaga nonprofesional (kader, dukun, keluarga) terhadap polindes dan bidan di desa.

Tabel 2. Pendapat Tenaga Nonprofesional (Kader, Dukun, Keluarga) tentang Polindes dan Bidan di Desa, Tahun 2006

Pendapat tentang	Indikator	Jawa Timur			Kalimantan Selatan			Sulawesi Selatan			Rata-rata 3 Provinsi			Total
		Kd	Dk	Kg	Kd	Dk	Kg	Kd	Dk	Kg	Kd	Dk	Kg	
Tahu polindes	Pernah periksa	85	70	80	100	95,0	80,0	90,0	100	80,0	91,7	88,3	80,0	86,6
	Tidak pernah periksa	10	10	13,3	–	5,0	13,3	10,0	–	13,3	6,7	5,0	13,3	8,3
	Tidak tahu	5,0	20,0	6,6	–	–	6,7	–	–	6,7	1,7	6,7	6,7	6,1
Kerja sama dengan Bidan	Pernah	70,0	80,0	50,6	100	100	50,6	85,0	100	50,6	85,0	93,3	50,6	76,3
	Tdk pernah	30,0	20,0	49,4	–	–	49,4	15,0	–	49,4	15,0	6,7	49,4	23,6
Yankes di Polindes	Baik	95,0	80,0	88,4	100	100	88,4	100	100	88,4	98,3	93,3	88,4	93,3
	Kurang	5,0	20,0	11,6	–	–	11,6	–	–	11,6	1,7	6,7	11,6	6,7
Keterampilan Bidan	Terampil	95,0	80,0	93,3	100	100	93,3	100	100	93,3	98,3	93,3	93,3	95,0
	Kurang	5,0	20,0	6,7	–	–	6,7	–	–	6,7	1,7	6,7	6,7	5,0
Biaya persalinan	Mahal	10,0	20,0	13,9	–	–	13,9	15,0	20,0	7,2	8,3	13,3	11,7	11,1
	Murah	90,0	65	67,8	40,0	85,0	67,8	60,0	65,0	67,8	63,3	71,7	67,8	67,5
	Gratis	–	15,0	18,3	60,0	15,0	18,3	25,0	15,0	25,0	28,4	15,0	20,5	21,2

Keterangan: Kd = kader; Dk = dukun; Kg = keluarga

Dari tabel tersebut tampak bahwa 86,6% tenaga nonprofesional pernah periksa di polindes, sedangkan yang tidak tahu sebanyak 6,1% dari responden, yakni tenaga nonprofesional. Melakukan kerja sama dengan bidan telah dilakukan oleh tenaga nonprofesional sebanyak 76,3%, dan kerja sama tersebut banyak dilakukan oleh dukun (80–100%) dan sedikit yang dilakukan oleh keluarga (50,6%). Hampir seluruh responden menyatakan bahwa pelayanan di polindes baik, bidannya terampil. Pendapat tenaga nonprofesional tentang biaya persalinan di polindes, untuk di Kalimantan Selatan dan Sulawesi Selatan banyak yang menyatakan murah, dan kader di Kalimantan Selatan banyak yang menyatakan gratis (60,0%). Kader di Jawa Timur tidak ada yang menyatakan bahwa pelayanan di polindes dan bidan di desa tidak ada yang gratis. Hasil analisis kualitatif menyatakan bahwa:

- (1) Kemampuan dukun, kader, keluarga dalam rujukan persalinan masih sangat rendah.
- (2) Sikap dukun, kader, keluarga dalam pertolongan persalinan sebagian besar setuju untuk dilakukan pertolongan oleh bidan.

- (3) Dukun sering diajak melakukan pertolongan oleh bidan di desa, terjadi sinergi sikap positif dukun terhadap bidan.
- (4) Pengetahuan dukun, kader dan keluarga tentang fasilitas pelayanan maternal cukup baik.

Perilaku Tenaga Nonprofesional

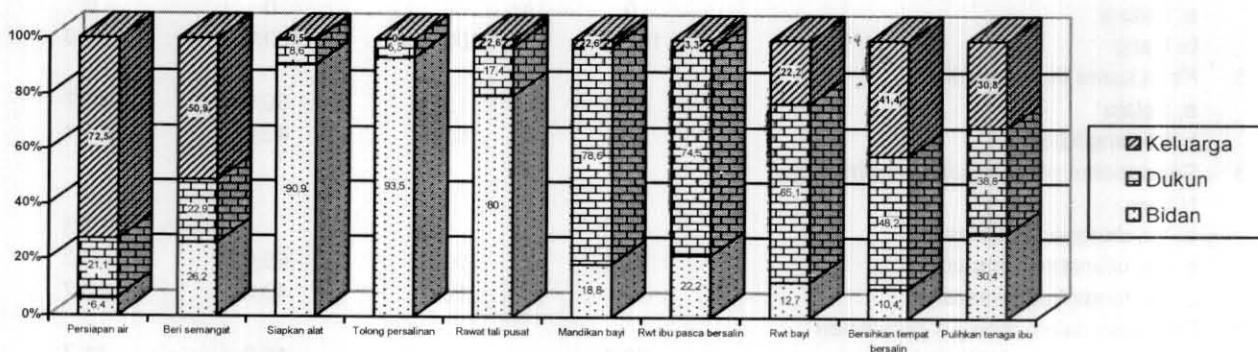
Analisis perilaku tenaga nonprofesional dalam pelayanan kesehatan maternal dalam penelitian ini meliputi pembagian tugas tenaga nonprofesional pada pertolongan persalinan di rumah dan pelayanan kesehatan maternal oleh dukun.

Peran dalam Pertolongan Persalinan

Pembagian tugas antara kader, dukun, dan keluarga dalam pertolongan persalinan meliputi persiapan air dan bahan, memberikan semangat pada pasien, menyiapkan alat kesehatan, menolong persalinan, merawat tali pusat, memandikan bayi, merawat ibu pascapersalinan, merawat bayi, membersihkan tempat bersalin dan memulihkan tenaga ibu pascabersalin. Pendapat tenaga nonprofesional tentang pembagian tugas bidan, dukun, dan keluarga dalam pertolongan persalinan tampak pada Tabel 3.

Tabel 3. Pendapat Tenaga Nonprofesional tentang Proporsi Tugas Bidan, Dukun dan Keluarga dalam Pertolongan Persalinan di Rumah, Tahun 2006

No.	Pembagian Tugas	Proporsi Tugas	Pendapat Pembagian Tugas oleh Nonprofesional/Provinsi									Rata-rata Proporsi
			Jawa Timur			Kalimantan Selatan			Sulawesi Selatan			
			Kd	Dk	Kg	Kd	Dk	Kg	Kd	Dk	Kg	
1	Persiapan air dan bahan oleh:	Bidan	20,0	5,0	10,0	—	—	—	10,0	10,0	3,3	6,4
		Dukun	10,0	55,0	5,0	40,0	20,0	11,7	—	45,0	3,3	21,2
		Keluarga	70,0	40,0	85,0	60,0	80,0	88,3	90,0	45,0	93,4	72,4
2	Beri semangat oleh	Bidan	45,0	70,0	11,7	50,0	5,0	11,7	15,0	20,0	6,7	26,2
		Dukun	25,0	30,0	28,3	25,0	30,0	10,0	5,0	35,0	8,3	22,9
		Keluarga	30,0	—	60,0	25,0	65,0	78,3	80,0	35,0	85,0	50,9
3	Siapkan alat kesehatan oleh:	Bidan	100	90,0	83,3	100	80,0	100	100	65,0	100	90,9
		Dukun	—	5,0	16,7	—	20,0	—	—	35,0	—	8,6
		Keluarga	—	5,0	—	—	—	—	—	—	—	0,5
4	Tolong persalinan oleh:	Bidan	100	90,0	83,3	100	90,0	93,3	100	85,0	100	93,5
		Dukun	—	10,0	16,7	—	10,0	6,7	—	15,0	—	6,5
		Keluarga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Rawat tali pusat oleh	Bidan	80,0	70,0	76,7	95,0	70,0	93,3	100	45,0	90,0	80,0
		Dukun	20,0	30,0	8,3	5,0	30,0	6,7	—	55,0	1,7	17,4
		Keluarga	—	—	15,0	—	—	—	—	—	8,3	2,6
6	Mandikan bayi oleh:	Bidan	5,0	5,0	5,0	25,0	15,0	26,7	20,0	30,0	38,3	18,8
		Dukun	95,0	95,0	80,0	75,0	85,0	73,3	80,0	70,0	53,3	78,6
		Keluarga	—	—	15,0	—	—	—	—	—	8,3	2,6
7	Rawat ibu pascapersalinan oleh	Bidan	15,0	20,0	5,0	15,0	5,0	53,3	20,0	50,0	16,7	22,2
		Dukun	85,0	80,0	80,0	85,0	95,0	41,7	80,0	50,0	73,3	74,5
		Keluarga	—	—	15,0	—	—	5,0	—	—	10,0	3,3
8	Rawat bayi selanjutnya oleh:	Bidan	25,0	15,0	6,7	5,0	10,0	16,7	—	30,0	6,7	12,7
		Dukun	55,0	85,0	61,7	85,0	90,0	75,0	15,0	60,0	60,0	65,1
		Keluarga	20,0	—	31,6	10,0	—	8,3	85,0	10,0	33,3	22,2
9	Bersihkan tempat bersalin, oleh:	Bidan	30,0	15,0	10,0	—	10,0	10,0	10,0	5,0	3,3	10,4
		Dukun	30,0	30,0	41,7	95,0	85,0	61,7	5,0	65,0	20,0	48,2
		Keluarga	40,0	55,0	48,3	5,0	5,0	28,3	85,0	30,0	76,7	41,4
10	Memulihkan tenaga ibu oleh:	Bidan	35,0	15,0	21,7	45,0	55,0	61,7	10,0	10,0	20,0	30,4
		Dukun	45,0	80,0	35,0	55,0	45,0	20,0	—	60,0	10,0	38,8
		Keluarga	20,0	5,0	43,3	—	—	18,3	90,0	30,0	70,0	30,8

**Gambar 2.** Proporsi Tugas Bidan, Dukun, Keluarga dalam Menolong Persalinan di Rumah, Tahun 2006

Kondisi proporsi pembagian tugas antara bidan, dukun dan keluarga dalam pertolongan persalinan di rumah, dapat digambarkan pada Gambar 2 berikut ini.

Dari gambar tersebut tampak bahwa proporsi tugas dukun dalam menyiapkan alat, menolong persalinan, dan merawat tali pusat relatif sedikit, dan yang proporsinya banyak adalah dalam hal memandikan bayi, merawat ibu pascabersalin, perawatan bayi dan membersihkan tempat bersalin, sedangkan keluarga mempunyai peran dalam persiapan air, memberikan semangat dan membersihkan tempat bersalin di rumah. Hal tersebut sudah sesuai dengan program MPS (*Making Pregnancy Safer*) di mana kegiatan menyiapkan alat, pertolongan persalinan dan perawatan tali pusat dilakukan oleh bidan.

Kegiatan Pelayanan Kesehatan Maternal oleh Dukun

Walaupun sudah berkali-kali dilakukan penyuluhan, baik kepada dukun maupun keluarga, tampaknya pertolongan persalinan oleh dukun tidak bisa dihindarkan lagi. Penelitian ini juga mengungkap

pernyataan dukun tentang kegiatan pelayanan kesehatan maternal yang masih dilakukannya sampai sekarang. Tabel 4 berikut menunjukkan pendapat dukun tentang kegiatan yang masih dilakukannya.

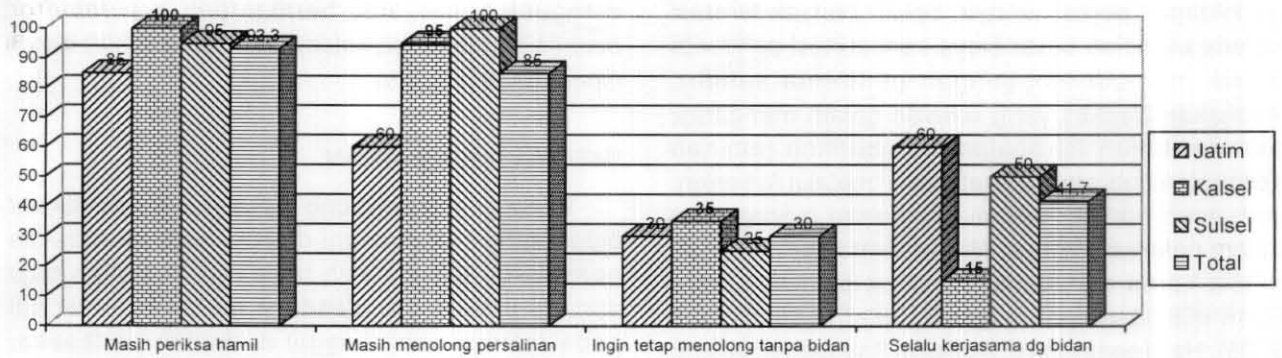
Dari Tabel 4 tersebut jika digambarkan, khususnya yang berkaitan dengan dukun masih memeriksa kehamilan, masih menolong persalinan, keinginan dukun untuk tetap menolong tanpa didampingi bidan, dan adanya kerja sama antara dukun dengan bidan yang tampak pada Gambar 3.

Dari Tabel 4 tampak bahwa dukun masih melakukan pemeriksaan kehamilan (93,3%) dan yang perlu kita cermati kembali adalah bahwa 85% dukun masih melakukan pertolongan persalinan. Bila dikaji lebih dalam lagi, keinginan untuk tetap menolong persalinan masih cukup tinggi, walaupun harus didampingi bidan dan terbanyak di Sulawesi Selatan (75%). Di samping itu masih cukup banyak dukun yang ingin menolong persalinan tanpa didampingi bidan (30%).

Jika dilihat pernyataan dukun yang berkaitan dengan kerja sama antara dukun dengan bidan dalam pertolongan persalinan, tampaknya cukup baik

Tabel 4. Persentase Pendapat Dukun tentang Kegiatan Pelayanan Kesehatan Maternal yang Masih Dilakukannya, Tahun 2006

No.	Kegiatan yang Dilakukan	Jawaban "YA"			Jumlah
		Jatim	Kalimantan Selatan	Sulsel	
1	Masalah melakukan pemeriksaan hamil	85,0	100	95,0	93,3
2	Masih melakukan pertolongan persalinan	60,0	95,0	100,0	85,0
3	Masih ingin menolong persalinan				
	a. Ya, bila didampingi bidan	40,0	65,0	75,0	60,0
	b. Ya, tanpa didampingi bidan	30,0	35,0	25,0	30,0
4	Upah pertolongan persalinan				
	a. Natura	0	0	0	0
	b. Uang	100,0	100,0	100,0	100,0
5	Kerja sama dengan bidan				
	a. Selalu	60,0	15,0	50,0	41,7
	b. Kadang-kadang	30,0	85,0	40,0	51,7
6	Pendapatan pertolongan persalinan oleh Nakes				
	a. Ya, dengan kompensasi	5,0	5,0	–	3,3
	b. Ya, pelibatan nonmedis	70,0	60,0	60,0	63,3
	c. Ya, tanpa kompensasi	–	10,0	40,0	16,7
7	Pelibatan dalam merujuk persalinan				
	a. Ya, dengan kompensasi	20,0	–	15,0	11,7
	b. Ya, dilibatkan nonmedis	15,0	45,0	60,0	40,0
	c. Ya, tanpa kompensasi	65,0	30,0	10,0	35,0



Gambar 3. Kegiatan dan pendapatan dukun dalam kesehatan maternal Tahun 2006

walaupun yang tidak selalu kerja sama cukup banyak (51,7%) dan di Kalimantan Selatan lebih banyak lagi (85%). Sebagian besar dukun berpendapat bahwa pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebaiknya juga melibatkan tenaga nonmedis (kader, dukun dan keluarga), demikian pula untuk kegiatan rujukan persalinan. Sebagian besar dukun masih menolong persalinan, dan dukun setuju pertolongan oleh bidan asalkan dukun diberi kompensasi. Dukun akan merujuk ke bidan bila ada kompensasinya (jasa dukun) atau dilibatkan dalam kegiatan nonmedis seperti persiapan dan perawatan pascapersalinan.

PEMBAHASAN

Upaya untuk menurunkan AKI telah banyak dilakukan, baik yang bersifat personal, kelompok maupun masyarakat yang menggunakan berbagai pendekatan, mulai dari praktek dan pelatihan klinik kebidanan yang berkualitas, kemitraan dukun-bidan, meningkatkan kepedulian masyarakat melalui banyak intervensi, yang kesemuanya diarahkan kepada upaya menjamin kehamilan dan persalinan yang aman (Depkes, 2004). Kebijakan Depkes dalam mengantisipasi hal ini adalah upaya revitalisasi UKBM khususnya yang berkaitan dengan peningkatan PHBS bagi masyarakat.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu penyebab masih tingginya AKI tersebut adalah akses pada pelayanan persalinan aman dan bersih masih sangat terbatas. Akses ke pelayanan kesehatan mempunyai korelasi yang kuat dengan kematian ibu dengan didapatkan $r^2 = 0,483$ artinya bahwa makin

tinggi proporsi masyarakat yang sulit ke yankes makin tinggi AKI. Sebagian besar (72,5%) ibu melahirkan di nonfasilitas kesehatan, yang sebagian besar dilakukan di rumah. Lebih-lebih untuk Kawasan Timur Indonesia (KTI) paling banyak (77%) ibu melahirkan dirumah dibandingkan dengan kawasan lainnya. Terdapat hubungan yang signifikan antara tempat melahirkan dengan kematian maternal ($r^2 = 0,278$) dan adanya hubungan yang kuat antara penolong persalinan dengan kematian maternal ($r^2 = 0,257$), artinya makin tinggi penolong persalinan non-nakes (dukun), makin tinggi kematian maternal (Depkes, 2005). Kebijakan Depkes dalam mengantisipasi masalah ini adalah mengimplementasikan MPS (*Making Pregnancy Safer*) di berbagai unit pelayanan kesehatan maternal.

Studi kasus di dua desa di Sulawesi Selatan mendapatkan fakta bahwa semakin rendah tingkat pendapatan, semakin kurang jumlah keluarga yang berkunjung ke Puskesmas (Lapau B, 1987). Penelitian di Kabupaten Karanganyar menunjukkan pendapatan keluarga berhubungan secara bermakna dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Gani, Ascobat, 1990). Keputusan dalam menentukan pilihan tempat pengobatan dapat berubah bila biayanya tidak terjangkau (Sudarti, 1991). Studi Anies tahun 2003 menyatakan bahwa walaupun tarif pelayanan kesehatan murah, masih menjadi hambatan yang berarti bagi keluarga miskin, dan tindakan mengobati sendiri menjadi pilihan pertama dalam perilaku pencarian pengobatan Gakin (Irawati, Anies, 2003). Penelitian Ristrini (2005) mengemukakan bahwa biaya transportasi masyarakat miskin dalam mencari

pertolongan persalinannya, belum banyak teratasi karena sebagian besar biaya transportasi penderita masih menjadi tanggungan penderita sendiri. Kebijakan Depkes yang relevan dalam mengatasi permasalahan ini adalah memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui Askeskin, walaupun banyak terjadi kesalahan manajemen dalam pelaksanaannya. Masyarakat miskin di desa masih harus membayar biaya persalinan antara Rp16.868,00 sampai dengan Rp360.715,00 (Ristrini, 2005). Hasil penelitian di 3 desa di Kabupaten Malang menunjukkan bahwa angka morbiditas penduduk miskin jauh lebih tinggi dari angka morbiditas nasional (Rachmawati, Tety, 1999).

Pengetahuan tenaga nonprofesional dalam melakukan pelayanan kesehatan maternal khususnya informasi tentang perlunya rujukan persalinan aman masih sangat rendah sehingga perlu adanya pelatihan yang khusus. Seperti yang dikemukakan Ramonasari (2000) yang menyatakan bahwa kemampuan dan keterampilan pemberi pelayanan dalam memberikan informasi kadang-kadang tidak memadai sehingga perlu adanya pelatihan khusus. Respon sifat dan perilaku tenaga (profesional dan nonprofesional) memengaruhi persepsi pelanggan-terhadap kontak layanan (*service encounters*) dan kualitas layanan (Bitner, Mary Jo, 1990).

Upaya pemberdayaan tenaga nonprofesional dalam pelayanan kesehatan maternal merupakan upaya yang sangat strategis, di mana di satu pihak jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan dapat di tingkatkan, sedangkan di lain pihak masih memberikan kesempatan bagi dukun untuk tetap eksis dalam pelayanan kesehatan maternal. Seperti yang dikemukakan oleh Rowlands, bahwa proses pemberdayaan harus mencakup perubahan masyarakat dari hanya sekedar melakukan pemikiran menjadi tindakan nyata yang dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat yang terlibat di dalamnya (Eade, Blackwell, 1996). Oleh karena itu, pemberdayaan dalam konteks pelayanan kesehatan maternal merupakan tindakan, bukan hanya pemikiran, sebuah tindakan yang membuat masyarakat menjadi terlibat dalam proses penentuan yang terkait dengan kehidupannya. Di samping itu, program pemberdayaan yang baik harus bersifat transparan (*transparency*), bertanggung jawab (*accountable*),

menguntungkan atau bermanfaat (*profitable or beneficial*), dapat berkelanjutan (*sustainable*) dapat diperluas (*replicable*).

IMPLIKASI KEBIJAKAN

Penggunaan penolong persalinan selain dokter/ bidan yang masih tinggi di Indonesia merupakan penyebab utama masih tingginya kematian bayi dan ibu melahirkan. Keadaan ini terutama terjadi pada mereka yang tinggal di daerah pedesaan, berpendidikan rendah, berpendapatan rendah dan mempunyai anggota rumah tangga yang besar. Untuk itu, kebijakan yang diterapkan untuk menurunkan angka kematian bayi dan ibu melahirkan harus memperhatikan keadaan tersebut.

Mendorong masyarakat untuk menggunakan tenaga kesehatan (dokter/bidan) sebagai penolong persalinan memang perlu dilakukan. Tetapi mengingat masih tingginya kelahiran yang ditolong selain dokter/ bidan, maka hal itu tidak mudah dilakukan. Untuk itu, kebijakan yang dilakukan harus sinergis, seperti memberikan pendidikan dan pelatihan kepada penolong persalinan selain dokter/bidan. Dengan cara ini diharapkan pengetahuan mereka akan bertambah dan risiko kematian ibu/bayi dapat dikurangi. Kebijakan ini diharapkan dapat membantu mereka yang masih kekurangan akses pelayanan kesehatan khususnya di pedesaan dan daerah terpencil.

Karena semakin tinggi jumlah anggota rumah tangga dapat berdampak pada semakin rendahnya probabilitas penggunaan dokter/bidan sebagai penolong persalinan, maka keluarga perlu didorong untuk tidak mempunyai anak yang banyak. Untuk itu kebijakan program dua anak cukup masih relevan untuk digalakkan di Indonesia. Di samping itu, program peningkatan pendapatan (*income generating*) harus tetap diprioritaskan, karena pada keluarga yang mengalami kesulitan ekonomi pasti cenderung memilih pertolongan persalinan selain dokter/bidan yang memang relatif murah dan terjangkau meskipun mempunyai risiko yang tinggi bagi kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkannya. Kebijakan memberikan subsidi penuh (*full subsidy*) untuk pertolongan persalinan bagi keluarga miskin selanjutnya masih harus dipertahankan, paling tidak untuk beberapa tahun ke depan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari beberapa hasil penelitian dan bahasan di atas, dapatlah diberikan beberapa kesimpulan sebagai berikut:

- a. Pengetahuan tenaga Nonprofesional masih kurang, khususnya yang berkaitan dengan tanda-tanda bahaya dan risiko kehamilan dan persalinan serta rujukannya.
- b. Pembagian tugas bidan-dukun-keluarga dalam pertolongan persalinan sudah proporsional, tugas persiapan dilakukan dukun dan keluarga, pertolongan persalinan oleh bidan, perawatan tali pusar oleh bidan dan perawatan ibu dan bayi oleh dukun dan bidan.
- c. Sebagian besar dukun masih menolong persalinan, dan dukun setuju pertolongan oleh bidan asalkan dukun diberi kompensasi, dan akan merujuk ke bidan bila juga ada kompensasinya (jasa dukun) atau dilibatkan dalam kegiatan nonmedis seperti persiapan dan pascapersalinan.

Saran

Beberapa hal yang perlu direkomendasikan sebagai saran, yaitu:

- a. Bidan harus lebih sering mengajak dukun melakukan pertolongan persalinan, dan diberi imbalan sehingga akan terjadi sinergi sikap dari dukun untuk selalu merujuk bila ada persalinan.
- b. Memberikan pelatihan kepada dukun, kader dan keluarga dalam hal tanda-tanda persalinan dan merujuk persalinan ke bidan atau puskesmas.
- c. Sosialisasi Buku Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas ke Nonprofesional.

DAFTAR PUSTAKA

- Anies, 2003. *Perilaku Keluarga Miskin dalam Upaya Pencarian Pengobatan bagi Anak Balitanya*, Majalah Kesehatan Perkotaan, 10(1) Juni: 1–7.
- Bitner, Mary Jo, 1990. *Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses*, Journal of Marketing, 54 (April): 69–82.
- Indonesia Departemen Kesehatan – USAID, 2004. *Maternal and Neonatal Health. Menjamin Kehamilan dan Persalinan yang Sehat: Pendekatan dan Praktik Terbaik. Seminar Interaktif, Komprehensif dan Inspiratif*, Sahid Jaya, Jakarta 10–14 Mei 2004.
- , 2005. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Survei Kesehatan Nasional 2004*, Badan Litbangkes, Jakarta.
- Eade, Blackwell, dan Paul, WM, 1996. *Consumer Behavior*, The Dryden Press, Florida, p. 7.
- Gani, Ascobat, 1990. *Studi Penggunaan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Kalimantan Timur dan NTB*, Health Project YKPM – FKM UI – Depkes, Jakarta, 45–48.
- Lapau B, 1987. *Epidemiology of Treatment Seeking Behavior in Lirilau Subdistrict Soppeng Regency, South Sulawesi, Ph.D. Dissertation*, University of Indonesia, Jakarta.
- Ramonasari, 2000. *Kendala Penyedia Layanan dalam Pemenuhan Hak Konsumen Kontrasepsi*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Rachmawati T, 2003. *Survei Morbiditas dan Implikasi Biaya Obat pada Penduduk Miskin di 3 Desa di Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang 1999*. Media Medika Indonesiana, 38(1) (Suplemen); 17–23.
- Ristrini, 2005. *Intervensi Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penumbuh-Kembangan Upaya Kesehatan yang Berbasis Masyarakat Miskin di Pedesaan dalam Rangka 'Making Pregnancy Safer'*. Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan, Surabaya.
- Sudarti K, Gail H, 1991. *Acute Respiratory Infection of Children Under Five Years in Indramayu, West Java, Indonesia, Rapid Ethnographic Assesment*, Medical Anthropology, 115(3): 425–34.